

Yo _____, autorizo (insert school name here) Schools, a divulgar la información medica concerniente a mi hijo(a) _____ al programa de registro de inmunización (CHIRP) del departamento de salud de estado de Indiana.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE, FECHA DE NACIMIENTO, FECHAS DE VACUNAS, E INFORMACION QUE IDENTIFIQUE AL NIÑO(A).

Entiendo que la información en el registro puede servir para verificar mi hijo(a) ha recibido las inmunizaciones propias de su edad, se me informara el estatus de las inmunizaciones recomendads en el itinerario de inmunizaciones pendientes

Entiendo que la información de mi hijo(a) pude estar disponible al registro de inmunizaciones de otro estado, proveedor de salud, departamento de salud local, escuela elemental o secundaria, centro de cuidado de niños, la oficina de Medicaid, oficina autorizada de colocación de menores, universidad. También entiendo que otras entidades pueden ser agregadas a esta lista bajo la enmienda 1.C. 16-38-5-3.

Al firmar este documento autorizo la divulgación de la información.

Firma

Fecha

Impreso Nombre del Padre o Tutor

()

Dirreccion

Numero de Telefono

Nombre de hijo(a)

Grado

Escuela